ZUR CASUISTIK UND OPERATION

DER SOGENANNTEN

FETTHERNIEN

IN DER

LINEA ALBA.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KGL. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

HEINRICH MATTHEY

AUS

BERLEBURG (WESTFALEN).

WÜRZBURG

BECKER'S UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI

1887.

REFERENT:

HERR HOFRATH PROF. Dr. SCHOENBORN.

SEINEN LIEBEN ELTERN

IN

DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Es gibt wohl kein Capitel der Chirurgie, das so vielfach bearbeitet worden ist, als die Lehre der Hernien und trotzdem tauchen auch auf diesem Gebiete immer wieder neue Gesichtspuncte auf, seitdem man unter dem Schutze der antiseptischen Wundbehandlung ohne Gefahr für das Leben des Patienten das Peritonaeum eröffnen darf. Durch die Radicaloperation der Hernien ist uns vor Allem das Wesen der Entstehung derselben dem Verständniss näher gerückt. Es liegen ja eine grosse Reihe von Theorien über die Genese der Hernien vor, doch hat uns erst das Einschneiden auf die Brüche die richtigen von den unrichtigen scheiden gelehrt.

Indem wir auf unser Thema, welches die sog. Fetthernien der Linea alba näher beleuchten soll, übergehen, möge es uns gestattet sein, gerade diese Hernien zu einer Erklärung der Bruchgenese herbeizuziehen.

Roser hatte im Jahre 1840, nachdem er die bis dahin aufgestellten Theorien, namentlich diejenigen der intraabdominellen Druckwirkungen widerlegt hatte, den Zug subseröser Lipome als Grund hinge

stellt. In seinem Handbuch der anatomischen Chirurgie schreibt er darüber folgendes:

Die beutelförmigen Verlängerungen des Bauchfells, welche man Bruchsäcke nennt, sind entweder angeboren, oder sie sind die Folge von einer localen Erschlaffung der Bauchwand, wobei sich das Bauchfell ausdehnt und vorwölbt, oder sie sind von einer Fettgeschwulst abzuleiten, welche im subserösen Gewebe entstanden, von dort aus gegen die Haut hingedrungen ist und das Bauchfell mit sich nachgezogen hat. Die letztere Entstehungsweise ist besonders bei den Schenkelbrüchen als die gewöhnliche, wo nicht als die einzig vorkommende zu betrachten. Dagegen sind die äusseren Leistenbrüche vorzugsweise angeboren, und die Nabelbrüche der Kinder meist durch blosse Ausdehnung entstanden.

Die alte Ansicht, dass die Bruchsäcke durch äussere Gewalt, durch Anstrengung u. dgl. plötzlich hervorgetrieben werden könnten, widerlegte *Roser* völlig durch Aufstellung folgender Gründe:

1. Es findet bei den Brüchen, wenigstens bei allen Schenkelbrüchen und äusseren Leistenbrüchen, eine beträchtliche Verschiebung des Bauchfells statt, eine Verschiebung dieser Membran kann aber, wie die Experimente und Physik zeigen, durch den hydrostatischen Druck der Därme nicht erzeugt werden.

2. Die Patienten, welche einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meinen, täuschen sich, sie hatten einen Bruchsack schon lange, erkannten aber ihren Bruch erst bei starker Anfüllung oder

Anspannung desselben, im Moment einer Anstrengung der Bauchmuskel.

3. Die Schenkelbrüche entstehen durch Herauszerren des Bauchfells, und die äusseren Leistenbrüche sind fast immer angeboren, sie beruhen in der Regel auf unvollkommener Verschliessung des Scheidenhautkanals.

Die Behauptungen mancher Autoren, dass Wunden der Bauchwand die Entstehung eines Bruchs herbeiführen, ist insofern unrichtig, als hierbei keine Bruchsäcke, keine sackförmigen Vortreibungen, sondern nur locale Erschlaffungen oder Ausbuchtungen des Bauchfells zuweilen erzeugt werden.

Die eben citirte *Roser*'sche Theorie hat seit der Begründung durch ihren Autor viele Anfechtungen zu erleiden gehabt, hat sich aber doch bis jetzt siegreich an der Spitze gehalten. Wenn wir vorher sagten, dass die Fettbrüche der Linea alba in einen gewissen Zusammenhang mit der Theorie gebracht werden könne, so ist dies so zu verstehen, dass sie als eine Stütze derselben herangezogen werden kann. Wir werden dies sofort einsehen, wenn wir dieselben etwas näher charakterisiren.

Unter Fettbrüchen, Liparocele, Hernia adiposa, versteht man umschriebene, meistens von einer Membran sackförmig umhüllte Fettgeschwülste, Lipome, welche durch den Ort ihres Vorkommens, den Mechanismus ihrer Entstehung, ihre Gestalt und nicht selten auch durch gewisse functionelle Störungen, von welchen sie begleitet werden, Eingeweidebrüchen gleichen. Zu ihrer Definition gehört, dass diese Fettmassen unter den Fascien des Unter-

leibs, von dem subperitonealen Bindegewebe ausgehen oder durch einen bindegewebigen und Gefässtiel mit dem Bauchfell in unmittelbarer Verbindung stehen und sich durch eine Spalte der Bauchdecken, meistentheils durch eine der bekannten Bruchpforten hervordrängen. (*Wernher* in Virchows Archiv Bd. XLVII. S. 178.) Genannter Autor theilt zur richtigen Beurtheilung der Bedeutung der Fettbrüche, dieselben in zwei Hauptabtheilungen ein. In die erste gehören diejenigen Geschwülste, welche aus der Umwandlung eines primären Bruchsackes entstanden sind. Für diese Geschwülste will er insbesondere die Bezeichnung „Fettbruch" reservirt haben. In der zweiten Reihe stehen Geschwülste, welche mit einem primären Bruchsack überhaupt nicht zusammenhängen und entweder nur durch ihre Gestalt und die Stelle, wo sie vorkommen, einem Bruche ähnlich, oder die Mitursache sind, dass sich secundär eine Ausstülpung des Peritonaeums ausbildet.

Fettbrüche oder bruchähnliche Fettmassen sind erbsen- bis hühnereigross, höchst selten grösser, wie das über 5 Pfund schwere von *Gascoyen* beobachtete. Nach *B. Schmidt* stellen sie runde oder öfter noch gelappte, zuweilen traubenförmige Geschwülste dar, welche häufig von einer Arachnoidea ähnlichen Hülle umgeben sind. Mit dem Bauchfell sind sie manchmal ausser aller Verbindung, so namentlich die am Samenstrange herablaufenden Lipome. Andere Male sind sie entschieden von aussen gegen das subseröse Zellgewebe des intraabdominellen Bauchfells hingewachsen. In einer dritten Reihe von Fällen haben sie sich ohne Zweifel im subserösen Bindegewebe

entwickelt, und sind von hier nach aussen gewachsen. Dabei verhält sich das Bauchfell verschieden. Entweder ist es in seiner normalen Lage verblieben, und nur der Tumor ist extraabdominell; oder es ragt, vielleicht dem Zuge des Lipoms folgend, trichterförmig in eine Bruchpforte hinein; oder es besteht ein ausgebildeter Bruchsack, an dessen Grunde ein oder mehrere Fettklumpen ansitzen; oder es haben sich lipomatöse Massen um einen Bruchsack gebildet, und diesen in seine Höhle eingestülpt, so dass sie eine Lage zum Bruchsacke haben wie der Hode zur Scheidenhaut; oder endlich die Höhle des Bruchsackes ist durch eine umwachsende Fettgeschwulst anfangs verengt, später obliterirt. In diesem Falle hängt gewöhnlich ein traubenförmiges Lipom an einem trichterförmigen Bauchfelldivertikel, von dessen Spitze aus verästelte, zuweilen haarfeine seröse Canäle sich in die einzelnen Läppchen der Geschwulst verfolgen lassen, oder auch ganz abgeschnürt in Form von Cystenräumen fortbestehen. Anstatt mehrerer verschieden grosser Hohlräume besteht wohl auch eine einzelne grössere von Fett umwucherte Cyste, von welcher aus ein haarfeiner Canal oder ein Bindegewebsfaden zu einer narbenartig veränderten Stelle des Bauchfells führt. Die Wandungen der Höhle sind bald ausserordentlich dünn und zart, bald schwielig verdickt. Fettbrüche der beschriebenen Art bieten am Lebenden mancherlei Aehnliches mit Brüchen. Ihr Vorkommen in den sog. Bruchgegenden, ihr Zusammenhang mit der Tiefe, bisweilen die Möglichkeit, sie zurückzuschieben, haben sie öfters mit Brüchen, namentlich

Netzbrüchen, verwechseln lassen, um so mehr, da durch die Kranken über die Entstehung der fraglichen Geschwulst meist sehr unsichere Angaben gemacht werden. Die aus einer Zerrung des Bauchfells abzuleitenden schmerzhaften mit Peritonealreizung und Verdauungsstörungen verbundenen Erscheinungen haben diagnostische Irrungen nur erleichtert, andererseits aber auch eine der Bruchbehandlung ähnliche Therapie (Bandage) nöthig gemacht. Wo neben Fettbrüchen hartnäckige Obstruction, Erbrechen, peritonitische Erscheinungen auftraten, hat man Fettbrüche für eingeklemmte Brüche gehalten und operativ behandelt.

So erzählt *Scarpa* einen solchen Fall, den er selbst erlebt, mit folgenden Worten. Eine Frau bekam Colikschmerzen, mit schmerzhafter Spannung des Unterleibs, Neigung zum Brechen und Stuhlverhaltung. Unterhalb des Nabels an der linken Seite der Linea alba fand sich eine Geschwulst von der Grösse einer Nuss. In der Ueberzeugung also, dass diese Geschwulst ein wahrer eingeklemmter Bruch sei, und da mir bekannt war, dass diese Brüche, wie auch die Nabelbrüche, sehr schnell gangränös werden, nahm ich sogleich die Operation vor. Nachdem ich die Hautbedeckungen geöffnet hatte, fand ich keine Spur von einem Bruchsacke. Es war in der Geschwulst nur eine kleine Quantität harter Fettmassen, die sich in einen Stiel verlängerte, und den ich mit der Scheere abschnitt. Durch antiphlogistische Behandlung genas Patientin in kurzer Zeit. Auch der kleine Schnitt vernarbte bald.

Ebenso ist es vielen anderen berühmten Chirurgen passirt, anstatt eines eingeklemmten Bruches nur eine Fettmasse zu finden, nach deren Entfernung die Kranken sich in Kürze erholten. Die Fettbrüche sind überhaupt schon lange bekannt. *Deschamps, Tartra, Pelletan, Cruveilhier, Meckel, Cloquet, Malgaigne* u. A. haben schon auf diese eigenthümliche Krankheit hingewiesen.

Wie aus vorstehender Darstellung hervorgeht, kommen Fettbrüche an den Stellen vor, wo man sonst die Eingeweidebrüche zu beobachten pflegt, doch sind nach den vorliegenden Beobachtungen und den Ergebnissen des Sectionstisches, die Fettbrüche in der Linea alba die häufigsten, und zwar in der oberen Hälfte derselben über dem Nabel, namentlich in der Umgebung der obliterirten Nabelvene, des Nabelleberbandes und neben dem Processus xyphoideus, sodann unterhalb des Nabels dicht über der Blase häufiger als nahe am Nabel. Sehr selten scheinen Fettbrüche durch den Nabelring selbst zu gehen, während kleine bruchähnliche Geschwülste bei alten fetten Personen hier nicht selten sind. Diese Brüche haben an der Basis ihres Stiels gewöhnlich eine kleine trichterförmige Ausstülpung ihres Peritonaeums, welche jedoch wenig Neigung zu haben scheint, sich zu grösseren Bruchsäcken, die eine ganze Darmschlinge in sich aufnehmen könnten, ausweiten zu lassen. Hie und da lassen sie sich soweit verschieben, dass ihr dünner Stiel durchgefühlt werden kann. Die meisten sind so gut wie vollständig unbeweglich und irreponibel. Sie sind weich, teigig, für gewöhnlich unempfindlich

gegen Druck. Grösstentheils treten diese bruchähnlichen Geschwülste durch eine sehr enge Spalte aus der Linea alba hervor, welche nichts als den dünnen Gefässtiel in sich aufnimmt und nur in der Nähe des Schwertknorpels kommen sie hier und da aus breiteren Lücken hervor und setzen sich zu ansehnlichen Fettmassen unmittelbar fort, welche längs des runden Leberbandes sich ausbreiten. (*Wernher.*)

Multiple Fettbrüche, über mehrere Stellen der vorderen Bauchwand vertheilt, sind oft beobachtet worden. Schon eine der ältesten Beobachtungen, die von *Fardeau,* Tur trois hernies graisseuses dans le même sujet. Journ. gén. de med. p. Corvisart, t. XIII. pag. 268, gibt einen Beleg für diese Multiplicität; es bestanden zwei in der Linea alba und eine in dem Samenstrange über dem Lig. Poupartii.

Es kommt vor, dass Fettbrüche sich durch irgend einen Umstand entzünden, in diesem Fall ziehen sie immer eine heftige Peritonitis nach sich, welche die Erscheinungen eines eingeklemmten Darmbruchs vollkommen simulirt.

Dass auch die bruchartigen Fettgeschwülste in Krebs übergehen können, darüber bringt *Szokalski* in einem kurzen Auszug eine Beobachtung von *Mouchat,* die hinlänglich die Möglichkeit jener Entartung beweist.

Ein 46jähriger, schwächlicher und durch ein langes Leiden erschöpfter Mann, hatte zwei Zoll oberhalb des Nabels eine nussgrosse, weiche und scharf umschriebene Geschwulst, die mit einem schmalen Halse an die Linea alba angewachsen und mit ganz gesunder Haut überzogen war. Nun bil-

dete sich bei diesem Kranken während eines viermonatlichen Aufenthalts im Hospital, in Begleitung aller Symptome des Magenkrebses und der carcinomatösen Discrasie ein Krebs in dem Nabel und in der eben beschriebenen Geschwulst; sie wurde hart, höckerig und liess lancinirende Schmerzen, die sich in beide Hypochondrien verbreiteten, empfinden. Als der Kranke kurz darauf bei der skeletartigen Abmagerung und der übermässigen Auftreibung des grünlich gefärbten Unterleibes starb, fand man in der Leber einige nussgrosse Encephaloiden, eine ähnliche Entartung des Pylorus und in mehreren Stellen vom Epiploon, und zuletzt eine eigrosse Krebsgeschwulst, deren Durchschnitt eine dunkelblaue Färbung hatte. Was aber die ehemalige Fettgeschwulst anlangt, so hatte sie einen Zoll Länge und die Dicke eines kleinen Fingers. Ihre freie Hälfte bestand aus gesundem Fettgewebe, die andere Hälfte aber, welche mit dem Peritonaeum verwachsen war, die Fascia propria des Bauchfells, ebenso wie der Hals der Geschwulst, zeigten schwärzliche Färbung, waren höckerig und hart. Zwischen den schwarzen Massen merkte man mitunter gelblich röthliche, wachsartige Flocken. Das Peritonaeum zeigte an der entsprechenden Stelle eine 6 Kreuzer grosse schwärzliche Scheibe, deren Umkreis mattweiss und die Mitte ganz schwarz war. In der ganzen Länge der Entartung erkannte man genau die primitive Structur und Geschwulst, sie trat daher am deutlichsten in der Nähe der zugerundeten Spitze hervor. Man fand dort in der Mitte eine weisse Masse, worin sich Zellenfasern strahlenförmig ein-

senkten, die sich aufblasen liess und sich dann unter der Gestalt eines 2 Linien langen Beutels zeigte; die Fettflocken setzten sich aber so fest an jenen Beutel, dass es unmöglich war, ihn bloss zu legen.

Gemäss ihrem Sitz haben die Fettbrüche mannigfache klinische Erscheinungen hervorgerufen, die zum Theil erst recht in die Augen traten, wenn sich Entzündungs- oder Einklemmungserscheinungen mit ihnen verbanden. Unzweifelhaft bestehen eine grosse Anzahl Fettbrüche, die in Folge ihrer geringen Grösse keine Beschwerden verursachen und daher ihren Trägern völlig unbekannt bleiben. Bestehen aber einmal abnorme Empfindungen oder functionelle Störungen, so beobachtet man, dass namentlich diejenigen Fetthernien, welche oberhalb des Nabels, in der Nähe des Processus xyphoideus gelegenen, mit den heftigsten Gastralgien in ursächlichem Zusammenhang stehen. Die Patienten befinden sich in einer nervösen Verstimmung und klagen über Verdauungsschwäche, Blähungen, Flatulenz, Aufstossen, Brechreiz und Schmerzen, deren Sitz von ihnen bald da, bald dorthin, besonders häufig in die Magengegend verlegt wird. Diese unbestimmten Allgemeinsymptome bieten oft ganz und gar das Bild der Hypochondrie und ist es daher nicht zu verwundern, dass das Wesen der Krankheit, in Berücksichtigung der geringen objectiven Veränderungen, bald für jene, bald für irgend ein Magenleiden, für Coliken, Menstrualstörungen u. s. w. angesehen wurde. Menstrualbewegungen sollen zuweilen nicht ohne Einfluss sein und mit genannten lästigen Erscheinungen periodisch eintreten. Selbst-

verständlich sind bei Complicationen der Fetthernien, z. B. Entzündung oder Entartung dieser Geschwülste die subjectiven Erscheinungen viel ausgesprochener. Der Kranke wird plötzlich von einem sehr heftigen Schmerz in der Geschwulst befallen, welcher anfangs rein local ist, später aber um sich greift und mit Exacerbationen, die bei jeder Einathmung oder Bewegung zunehmen, begleitet wird. Die Geschwulst wird grösser und härter, der Leib gespannt und schmerzhaft bei jeder Berührung, die Verstopfung, Brechneigung und wirkliches Erbrechen treten hinzu, und das Allgemeinbefinden des Kranken zeigt ein heftiges Ergriffensein an; die Respiration wird ängstlich, die Gesichtszüge entstellt und der Puls klein und beschleunigt.

Nach dem Gesagten ist die Erkenntniss der Fetthernien in vielen Fällen eine recht schwierige, da sie leicht mit angewachsenen Epiplocelen und incarcerirten Hernien, wie bereits ausgeführt, verwechselt werden können. Oft sind die Geschwülste so klein, dass sie kaum durch sorgfältige Untersuchung und nur durch das Gefühl entdeckt werden können, dazu kommt noch, dass die Anamnese der Kranken durchaus nicht immer die nöthigen Anhaltspunkte ergibt. Husten und ähnliche Bewegungen theilen der Geschwulst keinen Impuls mit und lassen dieselbe nicht anschwellen; sie ist überhaupt einer plötzlichen Grössenveränderung, einer beträchtlichen und raschen An- oder Abschwellung nicht fähig. *(Wernher).* In zweifelhaften Fällen ist neben der sorgfältigen Abwägung aller Symptome und genauester objectiver Untersuchung, den in Betracht

kommenden incarcerirten Hernien gegenüber, auch die therapeutische Einwirkung der antiphlogistischen Mittel von diagnostischer Bedeutung. Der Unterschied zwischen Netzbruch und Fettbruch wird nach *B. Schmidt* erkannt, sobald das Netz sich zurückbringen lässt, während irreponible Netzbrüche von Fettbrüchen zu unterscheiden, oftmals unmöglich sei. Er führt weiter aus, dass wenn sich z. B. am Bruchsacke eines Darmbruches ein Lipom befindet, dies nach der Reposition des Darmes, meist am Grunde der Geschwulst, als irreponibel zurückbleibt und dann leicht zu erkennen ist. Liege in einer Bruchgegend eine irreponibele, gelappte Geschwulst, von der Consistenz einer Fettgeschwulst, und es lasse sich von derselben eine Bruchsackfalte abheben, so habe man es mit grösster Wahrscheinlichkeit mit einem irreponibelen Netzbruche zu thun. Wo die Fettgeschwulst keine bruchsackähnliche Umhüllung zeige, werde man sie für einen Fettbruch halten müssen. Auszuschliessen von dieser diagnostischen Regel seien Fettbrüche, welche frei in einen Bruchsack hineinhängen und Netzbrüche, welche flächenhaft mit dem Bruchsacke verwachsen sind.

Wie steht es nun mit den Gefahren, denen der Träger eines Fettbruchs ausgesetzt ist? Wenn es sich um einen sog. Fettbruch ohne Complication handelt, so ist die Prognose, wie aus nachfolgenden Krankengeschichten hervorgeht, sowohl quoad vitam als auch quoad functionem eine gute. Fast ausnahmslos verschwinden die durch die Fetthernie verursachten functionellen Störungen, sobald das ursächliche Moment, der Zug des subserösen Lipoms, auf-

gehoben ist. Die Heilungsdauer ist verschieden, da schon allein das Alter des Individuums einen Einfluss auf den Wundverlauf ausübt. In einer Anzahl Fälle von Hernia adiposa, wo in ihnen weder Abschnitte des Magens, des Netzes, noch der Därme enthalten war, ist schon vollständige Heilung in 8—14 Tagen beobachtet worden; selbst wenn auch eine Eröffnung des Peritonaeums stattgefunden hat, so wird doch bei Anwendung antiseptischer Cautelen, die Operation ohne jede Gefahr ausführbar sein und eine schnelle Heilung der Wunde erzielt werden können. Findet dagegen eine Verwachsung des Bruchsackes mit den Eingeweiden statt, so sind die Folgen nicht ohne ernstere Bedeutung. Es stellen sich dann die oben genannten Beschwerden ein, welche dem Patienten das Leben sehr verleiden können. Eine wirkliche Gefahr für das Leben liegt jedoch erst in der Complication mit einer Peritonitis.

Es ist nach dem Gesagten nicht zu verwundern, wenn man schon verhältnissmässig früh versuchte, die Fetthernien der Linea alba durch Operation zu beseitigen und treten wohl heutzutage alle Chirurgen für die Operation ein. Alle Fetthernien der Linea alba, welche Störungen der Verdauung und anderweitige Beschwerden machen, sollen mit Exstirpation derselben und mit nachfolgender Naht der Bruchpforte nach Lösung und Versenkung des Stiels behandelt werden. Handelt es sich zugleich, wie das sehr häufig der Fall ist, in Folge der Fetthernie um einen Netzbruch derselben Gegend, so soll die Radicaloperation — Exstirpation des Sacks und Resection der Netzpartie, gleichviel ob dieselbe irrepo-

nibel oder reponibel ist, — ausgeführt werden. Vor der Operation wird das Operationsfeld gründlich gereinigt, rasirt und desinficirt. Man macht je nach der Grösse der Geschwulst über dieselbe einen 5—12 Ctm. langen Hautschnitt, auch ist es zweckmässig bei grösseren Tumoren, dem vertical verlaufenden Schnitte einen entsprechenden Querschnitt hinzuzufügen, um durch das Zurückpräpariren, der dadurch entstehenden 4 Lappen, welche sich leicht durch Anlegen von 4 Pincetten fixiren lassen, eine vollständige Freilegung des Tumors zu bewerkstelligen. Nachdem Geschwulst, Sack und Netz möglichst weit unten mit dickem Catgutfaden unterbunden sind, wird der Tumor, respect. Bruchsack exstirpirt, event. die Netzpartie resecirt, dann die Stiele in die Bauchhöhle reponirt, die Bruchpforte mit Catgut-Suturen geschlossen und darüber die Hautwunde, nachdem vorher ein nach unten geleiteter Drain eingeführt, mit Seidennähten vereinigt. Antiseptischer Dauerverband. Die Nachbehandlung besteht in völliger Ruhe des Patienten und vor allem des Darmes, die durch Darreichung von Opium herbeigeführt wird. Stuhlentleerungen sind erst nach 4—5 Tagen, wenn nöthig per Klysma zu bewerkstelligen. Flüssige Diät. Je nach dem Resultat der Operation ist das Tragen einer elastischen Binde mit Pelotte sehr empfehlenswerth.

Wie sehr man berechtigt ist die Operation dieser Hernien zu unternehmen, soll uns nun schliesslich noch die folgende Tabelle zeigen, in der ich alle mir aus der Literatur zugänglichen hierher gehörigen Fälle verzeichnet habe und an deren Schluss

ich 3 Fälle bringe, die Herr Hofrath Prof. Dr *Schönborn* in letzter Zeit auf der chirurgischen Abtheilung des königl. Juliushospitals operirt hat.

Prof. *Terrier,* Paris, berichtet über zwei Beobachtungen in No. 12 der Revue de Chirurgie vom 10. Dezbr. 1886. Pag. 988 und 997.

Fall I. E. B., Mechaniker, 41 Jahre alt, kam am 16. Novbr. 1886 in das Hospital Bichat. Patient hatte seit ungefähr 10 Jahren eine linksseitige Hernia inguinalis, die durch ein Bruchband so zurückgehalten wurde, dass niemals ein Heraustreten derselben stattgefunden hatte. Seit 6 Jahren ist 2 Ctm. unterhalb und links vom Nabel eine Geschwulst sichtbar, die eine zweite Hernie vorstellt. Dieselbe hatte die Grösse einer Nuss, nahm aber bei anstrengender Arbeit an Volumen bedeutend zu, wurde schmerzhaft und verursachte häufige Coliken und Diarrhoen. Erbrechen soll nie vorgekommen sein. Tumor irreponibel. Bandage konnte, weil zu schmerzhaft, nicht getragen werden. Die Geschwulst ist vollkommen fest und mehrfach gelappt. Bei Husten ist ein deutliches Anschwellen wahrzunehmen. Es bestanden alle Zeichen einer Hernia epiploica. Patient hatte unter diesem Zustand so schwer zu leiden, dass ihm das Leben unerträglich wurde und ging daher bereitwilligst auf die ihm vorgeschlagene Operation ein. Unter Anwendung der Anästhesie und besten antiseptischen Cautelen führte am 26. Novbr. 1885 Prof. *Terrier* die Radicaloperation aus. Ein vertical über die Geschwulst geführter Hautschnitt legte eine dem Netz ähnliche nussgrosse Fettmasse blos, welche mit den darunter befindlichen Partieen verwachsen

war. Diese Masse wurde sorgfältigst aus dem dieselbe umgebenden Gewebe und von dem fibrösen Ring der Bruchpforte gelöst, hervorgezogen und mit zwei sich kreuzenden Ligaturen unterbunden, unterhalb derselben abgeschnitten und der Stiel in das Abdomen versenkt. Der fibröse Ring der ungefähr Markstück grossen Bruchpforte wurde mit der Scheere excidirt und die dadurch erhaltenen zwei angefrischten Ränder, welche in ihrer Mitte 2 Ctm. auseinanderklafften, zugleich mit den Bauchdecken durch 3 Silberdraht-Suturen vereinigt. Die Hautwunde wurde mit Seide vernäht, mit Jodoformpulver bestreut und Lister'scher Verband angelegt. Die Operation fand unter Spray statt und dauerte 40 Minuten. *Verlauf:* In den nächsten Tagen Fieber bis zu 39,3, Schmerzen in der rechten Regio iliaca, man fühlt in der Bauchwand eine teigige Anschwellung, die jedenfalls aus Netz besteht. — 30. Novbr. Neuverband. Keine Eiterung. Wundränder vereinigt. Leib etwas aufgetrieben. Der Kranke hat Aufstossen, die Flatus gehen leicht durch den Anus ab. Temperatur: Morgens 39,5, Abends 39,8. Die Leibschmerzen sind auf der rechten Seite localisirt. 1. Dezbr. Die Schmerzen haben etwas nachgelassen. Erbrechen. Keine belegte Zunge. Vier ergiebige Stuhlentleerungen. Temperatur: Morgens 38,5, Abends 39. — Am nächsten Tage kein Erbrechen mehr. Leichte Diarrhoe. Allmählige Besserung von Tag zu Tag. — 23.—31. Dezbr. Allgemeinzustand vorzüglich. Temperatur zwischen 37,0 — 37,5. Wunde vernarbt. — 21. Januar 1886. Patient als geheilt entlassen. *Resultat:* An der operirten Stelle sieht

man eine rothe etwas ausgedehnte Narbe und eine Hervorwölbung, die durchaus nicht schmerzhaft ist. Die vor der Operation bestandenen epigastrischen Beschwerden, Coliken und plötzliche Diarrhoen sind verschwunden. Der Operirte trägt einen Gurt mit einer Pelotte, die leicht convex auf der Höhe der Hervorwölbung liegt.

Fall II. Lemaire, Emil, 54 Jahre alt, Bahnmeister, suchte das Spital am 26. Februar 1886 auf. Nach Angabe des Patienten bestand seit 2½ Jahren ein kleiner Tumor in der Regio epigastrica von der Grösse einer Nuss, der durchaus, selbst auf Druck, schmerzlos war. Patient will nach Anstrengung oder reichlich genossener Mahlzeit eine Volumzunahme der Geschwulst bemerkt haben. Dieselbe sei allmählig gewachsen und erreichte die Grösse eines kleinen Hühnereies ohne ihm irgend welche Beschwerden zu verursachen. Ungefähr 10. Febr. 1886 habe er zum ersten Male Schmerzempfindungen vom Tumor aus wahrgenommen, die seitdem bestehen geblieben und besonders bei tiefen Inspirationen, Husten, Gähnen etc. noch zunahmen. Am 23. Febr. befand sich L. in Beaujon, woselbst ihm ein Arzt, da der Tumor sehr schmerzhaft und geschwollen war, zwei Punctionen mit der Pravaz'schen Spritze machte und beide Male eine röthliche mit Blut gefärbte Flüssigkeit, offenbar von einer Entzündung herrührend, erhielt. Die Schmerzen liessen in Folge dessen ein wenig nach, worauf es dem Kranken möglich wurde, Beaujon wieder zu verlassen und auf Anrathen des Arztes sich am 26. Febr. 1886 in die Behandlung des Prof. *Terrier* begab. In der Regio

epigastrica und auf der Linea alba sieht man 6 Ctm. unterhalb des Processus xyphoideus und 11 Ctm. oberhalb des Nabels einen eiförmigen, regelmässig abgerundeten, glatten Tumor von der Grösse eines halben Apfels. Der circumferentielle Theil dieser Masse ist nicht genau abgegrenzt und scheint mit den umgebenden Geweben in einander überzugehen. Der Tumor ist hart, gespannt, schmerzhaft auf Druck, unverschieblich auf seiner Unterlage, irreponibel, Hustenbewegungen vermehren Consistenz und Volumen. Man findet eine undeutliche Fluctuation in den tieferen Theilen der Geschwulst. Die Percussion ergibt vollständig dumpfen Schall. Der Allgemeinzustand ist gut; nach dem Essen treten keine Verdauungsbeschwerden auf; allein die Hernie ist seit jener Zeit dermassen schmerzhaft, dass es dem Patienten unmöglich ist, irgendwelche Arbeit zu verrichten. Patient hat keine anderen Hernien und will von seinem Tumor, welcher eine entzündete Netzhernie mit Erguss in den Sack vermuthen lässt, befreit sein. Bis zum 9. März wurde der Tumor unter dem Einfluss der Ruhe weniger schmerzhaft und weniger gespannt, sodass durch Palpation eine höckerige Beschaffenheit seiner Circumferenz gefühlt werden konnte und die Diagnose Hernia epiploica noch wahrscheinlicher machte. Die Operation fand am 10. März 1886, da Patient Potator ist, unter erschwerter Narcose statt. Ein ungefähr 12 Ctm. langer Schnitt über den Tumor durch Haut und das darunter befindliche Zellgewebe führt auf eine gelappte und harte Fettmasse. Um dieselbe leichter zu excidiren, wird noch eine Querincision gemacht,

die Haut zurückpräparirt und mit 4 Pincetten fixirt. Die Fettmasse hing mit einem fibrösen Stiel zusammen, welcher sich bis zu einer fibromusculären, ringförmigen Oeffnung verfolgen liess und mit dem Bistouri durchschnitten wurde. Man hatte es mit einer Fett-Netzhernie zu thun, denn der weit geöffnete Bruchsack liess noch leicht eine von einer serösen Membran ausgekleidete Höhle sowie ein Stück Netz von der Grösse eines Taubeneies erkennen. Der dicke ein wenig fibröse Sack und zugleich wirkliches Lipom wurde mit der Scheere abgetragen. Das aus dem fibrösen Ring hervorragende und mit demselben verwachsene verhärtete Netz wurde, nachdem es gelöst und ein wenig hervorgezogen, im gesunden Gewebe mit einer doppelten sich kreuzenden Ligatur unterbunden, excidirt und der Stiel in die Peritonealhöhle versenkt. Eine zweite kleine Netzmasse, die rechts von der Bruchpforte lag, wurde ebenfalls unterbunden und die freigewordene Oeffnung, um das Eindringen von Flüssigkeit in die Bauchhöhle zu verhindern, mit einem Schwamm austamponirt. Hierauf wurde der ganze fibröse Ring so resecirt, dass eine elyptische Oeffnung, 6 Ctm. lang und 4 Ctm. breit, entstand. Die Wundränder wurden in ihrer ganzen Dicke mit 4 Silberdraht-Suturen vereinigt und der Hautschnitt mit Seide vernäht. Keine Drainage. Der entfernte Tumor, lipomatöse Sack und Netz wog zusammen 50 Grm. *Verlauf:* Temperatur Abends 37,8. Kein Erbrechen. — 11. März. Keine Blähungen. Wunde wenig schmerzhaft. Flatus gehen leicht durch den Anus ab. Temperatur, Morgens 37,4, Abends 37,7. —

17. März. Erster Verbandwechsel. Herausnahme der Nähte bis auf zwei. Wundränder vollständig vereinigt. — 20. März. Neuverband. Entfernung der beiden letzten Silberdrähte. — 30. März. An der operirten Stelle ist eine Verhärtung fühlbar, die bei Berührung ein wenig schmerzt. 8. April. Eine geringe Eiterretention, die sich in einem nicht vernarbten Silberdrahtkanal gebildet, wird geöffnet und mit einem kleinen Drain versehen, das aber schon in einigen Tagen wieder entfernt wurde. — 15. April. Patient steht auf. Allgemeinzustand ausgezeichnet. 20. April. Patient verlässt das Hospital, er trägt einen Gurt mit einer Pelotte. *Resultat:* In dem oberen Theil besteht eine kleine Hervorwölbung, die durch Bandage zurückgehalten wird und in keiner Weise Beschwerden verursacht. Der Operirte ist von seiner Hernie befreit und kann ungehindert seinem Berufe obliegen.

Prof. *Braun,* Heidelberg, bringt in No. 5. Berliner klin. Wochenschr. 1881. Pag. 64 zwei Fälle.

Fall III. G. B., 41 Jahre alt, von L. wurde am 16. Mai 1879 aufgenommen wegen einer Hernia lineae albae, die von einem Arzte seit Januar 1879 beobachtet worden war und als Ursache für Druckempfindungen in der Magengegend und für zeitweise auftretende heftige Schmerzen gehalten wurde. Die Geschwulst lag genau in der Mittellinie, etwa 2 Ctm. oberhalb des Nabels; sie war weich elastisch, bei Druck empfindlich, liess sich theilweise reponiren, worauf man eine für die Spitze des kleinen Fingers durchgängige Oeffnung in der Bauchwand fühlte. Am 17. Mai wurde nach gründlicher Reinigung des

Bauches von Prof. *Czerny* die Operation der Hernie vorgenommen. Ein etwa 7 Ctm. langer Querschnitt legte die haselnussgrosse Geschwulst blos. Nach Trennung der Haut und des subcutanen Zellgewebes kam man auf eine derbere, von einer dicken bindegewebigen Membran umgebene Fettmasse, die sich mit einem Stiel in die Oeffnung der Linea alba verfolgen liess. Dieses kleine subseröse Lipom wurde stark angezogen, der Stiel möglichst weit unten mit einem dicken Catgutfaden ligirt, dann das Fett unterhalb der Ligatur abgeschnitten; es zeigte sich dabei, dass ein kleines Peritonealdivertikel, das jedoch keine Eingeweide enthalten hatte, mit abgebunden war. Darauf wurde der Stielrest von seinen Adhäsionen mit der Bruchpforte gelöst und in die Bauchhöhle reponirt. Die Bruchpforte selbst wurde noch durch zwei von oben nach unten geführte Catgutnähte geschlossen, diese kurz abgeschnitten und die Hautwunde mit Seidennähten darüber vereinigt, ein kleiner Drain in die Mitte der Wunde eingelegt. Abends Schmerzen in der Magengrube, die auf Application einer Eisblase und Morphium, 0,015 geringer wurden. Die Wunde heilte ohne Secretion, sodass am 6. Tage der Verband völlig entfernt werden konnte. Die Schmerzen in der Magengrube waren am Tage nach der Operation nochmals aufgetreten, dann aber völlig verschwunden. Am 1. Juni wurde Patient entlassen, nachdem ihm noch eine elastische Binde mit Pelotte angelegt worden war. Der Kranke schrieb später noch manchmal, stellte sich auch nochmals persönlich vor; die Schmerzen in der Magengrube waren niemals wiedergekehrt.

Fall IV. K. K. 35 Jahre alt, von M., kam am 18. August 1880 auf die chirurgische Abtheilung. Nachdem schon mehrere Tage lang nur durch Klystiere ein geringer Abgang sehr harter Fäces hatte erzielt werden können, trat, nach der Angabe des behandelnden Arztes, von dem 10. August an völlige Constipation ein. Die Eingiessungen grösserer Wassermengen, 3 Dosen Calomel von 0,5 Grm. mit je 1,0 Grm. Jaloppe, Ol. Ricini mit Ol. Crotonis und zuletzt die Darreichung von 250 Grm. Mercurius vivus am 16. August, verschafften dem Kranken keine Erleichterung, eben so wenig wie die Tinct. opii simpl., welche wegen der manchmal auftretenden, äusserst heftigen Coliken gegeben worden war. Bei der Aufnahme des verfallen aussehenden Kranken fand sich die Zunge trocken, der Puls klein und beschleunigt, die Temperatur 37,8° C., der Leib stark aufgetrieben, seine Berührung besonders oberhalb des Nabels, so empfindlich, dass die genaue Untersuchung desselben nur unter heftigem Zusammenzucken und beständigem Krümmen des Kranken vorgenommen werden konnte. Auf Darreichung von Tinct. opii und nach mehrmals wiederholten Eingiessungen grosser Flüssigkeitsmengen, die jedoch ohne Kothbeimischung wieder abgingen, wurde zunächst das subjective Befinden ein besseres. Aber bald wurden die Schmerzen im Unterleib wieder äusserst heftig, ebenso blieb der Meteorismus unverändert fortbestehen, auch noch, nachdem am 19. August mehrmals Stuhlentleerungen eingetreten waren. Am 20. August liess sich eine haselnussgrosse, bei Druck äusserst empfindliche Geschwulst, welche

für eine entzündete Hernia epigastrica gehalten wurde, und schon Tags zuvor beobachtet worden war, mit aller Deutlichkeit nachweisen. Mittags um 12 Uhr machte Prof. *Braun*, da die Beschwerden bis dahin unverändert heftig geblieben waren, unter antiseptischen Cautelen die Herniotomie. Nach Spaltung der Haut kam man auf die kleine, deutlich gegen ihre Umgebung abgegrenzte und entzündet aussehende Fettgeschwulst, welche nach vollständiger Lösung aus ihrer Umgebung und von den in der Linea alba gelegenen Rändern der Bruchpforte stark hervorgezogen, möglichst tief unten abgebunden und zuletzt vor der Ligatur abgeschnitten wurde. Der Stiel wurde in die Bauchhöhle versenkt, die Oeffnung in der Aponeurose der Bauchmuskeln durch eine Catgutnaht und darüber die Hautwunde mit vier Suturen geschlossen. Nach der Operation fühlte sich der Kranke wesentlich erleichtert, besonders war die Schmerzhaftigkeit oberhalb des Nabels eine viel geringere geworden. Auch an dem nächsten Morgen war die Stelle der Incision noch empfindlich, aber bei weitem nicht mehr in dem Grade wie früher; der Leib war weich und zusammengefallen, bei Druck nicht schmerzhaft. Ausserdem erfolgten an diesem Tage mehrere Stuhlentleerungen. Am 22. August wurden die Nähte aus der Wunde, die prima intentione geheilt schien, entfernt; im Laufe des Tages traten öfters diarrhoische Stühle ein. Am 24. kamen feste Kothballen, denen kleine schwarzaussehende Quecksilberkügelchen anhingen. Seither waren alle abgegangenen Fäces abgewaschen und genau auf eine Beimengung von Quecksilber unter-

sucht worden, ohne dass aber eine Spur davon hatte aufgefunden werden können. Am 25. August gingen 90 Grm. Quecksilber, die zum Theil oxydirt, zum Theil noch metallisch glänzend aussahen, ab; am 26. August nochmals 80 Grm. An diesem Tage entleerte sich aus dem oberen Theile der seither geschlossenen Wunde ein wenig Eiter, am 28. August bildeten sich in ihrer Umgebung einige Furunkel, die nach Ausstossung gangränöser Gewebsfetzen ebenso wie der Schnitt bald ausheilten. Bis zum 29. August konnte man täglich bei den entleerten Kothmassen kleine Quecksilberkügelchen finden, im Ganzen wurden 180 Grm. wieder aufgefangen. Speichelfluss war während des Aufenthaltes des Mercurius vivus im Körper niemals zu beobachten, im Gegentheil war, wie schon erwähnt, die Zunge anfangs vollständig trocken und wurde erst allmählig ein wenig feucht. Temperatur vom 18. bis 22. August Morgens 37,6—38,0, Abends 38,0—38,6, nach dieser Zeit war die Temperatur normal. Am 10. September stand Patient, der jetzt wieder regelmässig jeden Tag einmal Stuhlgang hatte, auf und wurde am 19. September geheilt entlassen. Mitte December 1880 befand sich K. völlig wohl; weder war die Stelle der Narbe empfindlich, noch waren Coliken oder Verdauungsstörungen wieder eingetreten.

Prof. *Lücke*, Strassburg, theilt zwei weitere Fälle in No. 4 des Centralbl. f. Chirurgie, 1887. Pag. 68 mit.

Fall V. A. B., Landwirth, 46 Jahre alt, war stets gesund und machte die Feldzüge von 1866 und 1870 mit. Seine einzige Krankheit war ein hart-

näckiges Wechselfieber, welches ihn zuerst 1867 befiel; dann befiels ihn wieder im Jahre 1882. Seit 1876 traten bei ihm heftige Schmerzen im oberen Theil des Abdomen auf, die seitdem mit seltenen Intervallen angehalten haben, ohne einen regelmässigen Typus anzunehmen; Appetit und Verdauung blieben immer gut. Seit 1885 häufiges Erbrechen. Es wird bei der Untersuchung ein Fettbruch gefunden, 2 Finger oberhalb des Nabels, etwas seitwärts, welcher bei Druck heftig schmerzt, reponibel ist, aber gleich wieder hervortritt. Die Operation wurde am 26. December 1885 vorgenommen, Einschnitt, Hervorziehen des Fettträubchens, dem dann ein Strang des Omentum folgt, welcher abgetragen, unterbunden und dann reponirt wird. Fascie und Haut werden genäht, dann Occlusivverband mit Jodoformgaze. Der Verlauf war normal, Schmerzen und Erbrechen hörten auf, und seitdem ist der Patient von seinen Anfällen verschont geblieben.

Fall VI. A. H., 46 Jahre alt, führt sein Leiden auf eine Anstrengung zurück, welche er 1870 als Pionier bei einem Brückenbau hatte, wobei er Schmerzen im Epigastrium bekam, die sich bald besserten, doch bei schweren Arbeiten sich stets wieder zeigten. Seit 1878 wurde Patient auf der Strassburger medic. Klinik wiederholt an einem Magengeschwür behandelt. Erst nachdem die Symptome des Magengeschwürs geschwunden waren und doch weiter Beschwerden — Schmerz, Erbrechen, — bestehen blieben, wurde man auf eine links ein paar Centimeter oberhalb des Nabels liegende schmerzhafte Fetthernie aufmerksam, welche nicht reponibel

war. Operation am 12. November 1886. Incision, Drainage der Fettgeschwulst, Entwicklung eines Omentumstranges, der mit dem Finger gelöst werden muss; dabei zeigen sich rechts und oben Verwachsungen von Magen und Peritonaeum parietale in ausgedehnter Weise. Abtragen des Netztheiles, Unterbindung, Naht der Fascie und Haut. Jodoformverband. Tadelloser Verlauf. Die Schmerzen und das Erbrechen haben seitdem völlig aufgehört. Die Schmerzen und das Erbrechen hingen also in diesem Falle nicht von den peritonealen Verwachsungen, sondern von der Fett-Netzhernie ab.

Prof. *Wernher,* Giessen, erzählt folgenden Fall in Virchow's Archiv Bd. XXXVII. Pag. 476.

Fall VII. K. S., 35 Jahre alt, verheirathet, ein Unterbeamter bei der Eisenbahn. Früher Soldat, klagte seit langer Zeit über die mannigfachsten Störungen und wurde damit seinen Vorgesetzten, durch seine beständigen Gesuche um Erleichterung und Befreiung vom Dienste sehr lästig. Er ist von mehreren Aerzten untersucht worden, von denen die Einen sich einfach für Uebertreibung der Klagen, Hypochondrie, die Anderen für Magen- und Leberleiden sich aussprachen. Verschiedene, diesen Voraussetzungen entsprechende Mittel waren lange Zeit hindurch vergeblich gebraucht worden. Ich selbst hatte den Kranken mehrfach untersucht, ohne zu einer anderen, bestimmten Ansicht gelangen zu können. In der Voraussetzung, dass vielleicht ein beginnender Bruch die Ursache des Leidens sein könnte, untersuchte ich alle Bruchpforten aufs Genaueste und entdeckte etwa 4 Finger über dem Nabel in der

Linea alba einen kleinen flachrunden Tumor unter der unveränderten Haut, dessen Berührung dem Kranken sehr empfindlich war. Verschiedene Mittel, insbesondere Druckverbände, blieben ohne Erfolg. Auf den dringenden Wunsch des Kranken wurde daher eine Incision über die Geschwulst geführt, welche sich als eine kleine, gelappte Fettmasse auswies, die sich mit einem dünnen Stiele durch eine enge Spalte der Linea alba fortsetzte. Sie wurde mit der Scheere abgetragen. Kurze Zeit später waren die früheren nervösen Erscheinungen vollständig verschwunden.

Von *Maunoir*, sen. Genf, befindet sich in Art. Variétés in Journal de med., chir., pharmacie etc., de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XX. p. 327. Juli 1870 folgende Beobachtung.

Fall VIII. Ein Arbeiter, 32 Jahre alt, kam im Jahre 1794 zu *Maunoir,* sen. in Genf und klagte über Schmerzen nach jeder Mahlzeit in der Nabelgegend. Dieser Zustand dauerte 2—3 Jahre; alsdann erschien unterhalb des Nabels ein ziemlich harter Tumor, welcher bei Berührung heftig schmerzte. Seit dieser Zeit nahmen die Schmerzen an Intensität mehr und mehr zu, traten ungefähr eine Stunde nach dem Essen auf und hielten oft zwei und drei Stunden an. Linderung der Schmerzen durch Compression oder durch Einführung von Milch. Compressivbandage insufficient. Im Jahre 1802 wandte sich Patient an *Maunoir,* junior, zu Genf. Dieser diagnosticirte eine Hernia epiploica der Linea alba, Bruch nicht reponibel und rieth ihm zur Operation, welche am 8. April ausgeführt wurde. Der parallel

der Linea alba geführte Hautschnitt legte zwei rothe, birnenförmige Tumoren von ziemlich derber Consistenz blos, welche Aehnlichkeit mit einem Uteruspolypen hatten. Die obere Geschwulst hatte die Gestalt einer Gartenbohne, die andere die Gestalt eines kleinen Taubeneies. Die Oeffnungen, durch welche diese Tumoren mit den zurückgehaltenen Partieen in der Bauchhöhle communicirten, waren äusserst enge. Ohne diese Oeffnungen zu erweitern, wurde die Excision dieser Tumoren vorgenommen und die Stielchen, an welchen diese Tumoren hingen, in der Bauchhöhle zurückgelassen. Die Wunde vereinigte sich per primam intentionem und heilte in 8 Tagen. Die Magenbeschwerden waren verschwunden.

Cruveilhier macht in Essai II. 268 nachfolgende Mittheilung.

Fall IX. Ein Mann kam in das Hôtel Dieu wegen fortwährender Colikanfälle, welche schon mehrere Jahre gedauert hatten. Man findet eine kleine Geschwulst über dem Nabel, welche für eine Hernie der Linea alba gehalten wird, aber nur aus einem Fettbrocken besteht, der weggenommen wird. Von diesem Augenblicke sind die Kolikanfälle verschwunden.

Cock, Guy's hosp. report. VII. p. I. p. 234. 1850.

Fall X. Ein 40jähriger Lastträger war den Tag vor der Aufnahme in das Hospital bei seiner harten Arbeit plötzlich von intensiven Leibschmerzen, besonders in der Herzgrube befallen worden. Eine spärliche Stuhlausleerung hatte am Tage vorher stattgefunden. Es bestand kein Erbrechen. Der

Leib war gespannt, hart, empfindlich, wie es schien durch meteoristische Auftreibung der dünnen Gedärme, das Gesicht bot den Ausdruck grosser Angst dar. — Vier Zoll über dem Nabel, etwas seitlich in der Linea alba fand sich eine haselnussgrosse irreponible Geschwulst, welche sich wie eine Hernie anfühlte und ebenso wie ihre Umgebung sich gegen Berührung ausserordentlich schmerzhaft erwies. In Anbetracht, dass dieser Tumor in dem oberen Theile der Linea alba sass und kein Erbrechen bestand, beschloss *Cock*, ihn wie Verstopfung durch Peritonitis zu behandeln. Die Behandlung hatte einen durchaus günstigen Erfolg, obwohl der Tumor unverändert blieb. Ein Jahr später kam dieser Mann wieder in Behandlung. Er erzählte, dass er seit seinem ersten Anfalle, gelegentlich bei harter Arbeit, ein Anschwellen seines Tumors und grössere Empfindlichkeit in demselben beobachtet habe. Er litt oft an Leibschmerz, Nausea, Erbrechen, kurz in einem gewissen Grade an Wiederholung der früheren Zufälle. Während eines besonders heftigen Anfalles, bei welchem die Geschwulst bedeutend angewachsen war, war viel Blut durch Erbrechen in den Stuhl entleert worden. *Cock* bemerkt zu diesem Falle, dass nichts häufiger sei, als Anschwellungen in der Linea alba, welche einem Bruche gleichen, aber nur aus Fett bestehen, welches sich durch eine Spalte vorgedrängt hat. In dem vorliegenden Falle könne auch wohl eine Complication mit einer Erkrankung des Magens oder des Quergrimmdarms stattgefunden haben.

J. L. Reverdin, Revue med. de la Suisse Romande, 5. Januar 1882. Revue d'Haym. T. XXIII. p. 344.

Fall XI. Bei einem 17jährigen Jüngling bestanden intermittirende Cardialgien. Man fand einen Centimeter über dem Nabel in der Linea alba eine kirschgrosse, elastische, irreponibele Geschwulst, welche auf Druck sehr schmerzhaft. Stuhlgang regelmässig. Kein Erbrechen, aber intensive Leibschmerzen in der Herzgrube nach den Mahlzeiten bei jeder Anstrengung. Die Diagnose lautete: Epiplocele oder Fetthernie. Die Operation wurde ohne Anesthesie ausgeführt. Eine convex nach oben halbmondförmige Incision legte unter dem Zellgewebe einen in einen sehr dünnen Sack eingehüllte netzartige Masse blos, die sich durch einen dünnen Stiel in das Abdomen fortsetzte. Die kleine Geschwulst wurde an ihrer Basis mit Catgut unterbunden, resecirt und der Stiel in die Bauchhöhle versenkt. Dann folgte die Verschliessung der $^1/_2$ Ctm. grossen Oeffnung durch eine Catgutnaht. Patient geheilt und von seinen Schmerzen befreit.

Fall XII. Schätzlein, Adam, 30 Jahre alt, Müller aus Uettingen, war bis März 1885 stets gesund gewesen und genügte seiner Militairpflicht. Seit jener Zeit litt er an Blutungen aus dem After. Sein Leiden führt er auf eine Ueberanstrengung zurück, indem er 35 Säcke von je 2 Centner 3 Stiegen hinaufbefördern musste. Zwei Tage nach dieser Arbeit sollen die Blutungen, welche zuweilen aussetzten, eingetreten sein. Vom 24. bis 29. März 1886 befand sich Patient wegen einer Lymphadenitis

der linken Rosenmüller'schen Drüse im Spital, die durch Infection entstanden, auf Compression, Bepinseln mit Tinct. Jodi, graue Salbe, zurückging. Er hatte damals zu wiederholten Malen ziemlich viel hellrothes Blut in dem breiigen Stuhl, klagte sonst über keine Beschwerden. — Kurz nach seinem Austritt aus dem Krankenhause bemerkte er ein kleines schmerzhaftes Knötchen in der Herzgrube, etwas links von der Linea alba, 2—3 Ctm. von der Spitze des Processus xyphoideus und ca. 8 Ctm. vom Nabel entfernt, in Folge dessen er wieder in das Spital zurückkehrte. Die Untersuchung ergab ein Knötchen in der Bauchwand von derber Consistenz, halbkugeliger Gestalt und gut 1 Ctm. im Durchmesser, das auf Druck sehr empfindlich, auf der Unterlage nicht verschieblich, Haut darüber normal und abhebbar, auf Husten sich nicht vergrössert und nicht reponibel. Bruchpforte nicht zu fühlen. Palpation, Percussion und Auscultation des Abdomens zeigten nichts besonderes pathologisches. Aeussere Haemorrhoiden, einige kleine innere, die nicht bluten und nicht die Quelle der Blutungen sein können. Das Rectum stark ampullenförmig erweitert, Schleimhaut an der Hinterfläche stark gefaltet und etwas verdickt. Patient bekam wegen eigenthümlicher Formirung des Koths, schafkothähnlich, zuweilen nur Bleifeder dick, rundlich wie durch eine verengte Stelle getrieben, morgens einen Theelöffel voll Karlsbader Salz und eine Eingiessung, worauf Anfangs Mai der Stuhlgang regelmässig wurde und sich guter Appetit einstellte. Jedoch war dieser Erfolg nicht von langer Dauer, tägliche

Eingiessungen und Karlsbader Salz mussten wieder verordnet werden. Nachdem Patient am 18. u. 19. Mai je 20 Tropfen Opiumtinctur erhalten hatte, wurde in der Narcose die Simon'sche Rectalpalpation mit der ganzen Hand vorgenommen, man entdeckte einen einschnürenden Ring in der Flexura sigmoidea, von dem die Blutungen wahrscheinlich ausgingen. Bauchaorta und die Spitze der linken Niere war zu fühlen. Patient erhielt am 19. und 20. Mai bei ruhiger Rückenlage Opium und flüssige Diät weiter, worauf am 3. Tage der Stuhl willkürlich und ohne Blut entleert wurde. Nachdem noch in den nächsten Tagen täglich Eingiessungen mittelst Klyssopomps und Bougirungen mit dicker Schlundsonde gemacht worden waren, wurde das Allgemeinbefinden ein so gutes, dass Patient das Spital wieder verliess. Am 28. December trat Patient zum dritten Male in das Spital ein und klagte über Schmerzen 4 Ctm. links vom Nabel und über Stuhldrang nach allem was er isst. Der Stuhl bestand aus einer geformten Kothsäule, welche auf einer Seite einen flachen Eindruck zeigte und aus ziemlich reichlich blutig tingirten Schleim. Da durch Regelung der Diät, Abführmittel etc., ruhige Bettlage keine wesentliche Besserung erzielt wurde, führte Herr Hofrath Prof. Dr. *Schönborn* auch die Simon'sche Rectalpalpation, bei welcher weder Sphincterenzerreissung noch Blutung eintrat, aus und stellte die Diagnose, da keine Stenosirung des Darmes vorlag, dass die Beschwerden wahrscheinlich zurückzuführen seien, auf ein *subseröses Lipom der Regio epigastrica combinirt mit einem Netzbruch.* Am 11. Februar schritt Herr

Hofrath *Schönborn* zur Operation. 8 Ctm. langer Hautschnitt von dem Schwertfortsatz in der Linea alba über die kleine Geschwulst, welche sich nach Durchtrennung der Fascia superficialis und transversa als ein subseröses Lipom erwies, das ziemlich flach und nur von einer Stelle, die von aussen als der kleine Knoten gefühlt werden konnte, aufsass. Das Lipom hatte eine grössere Flächenausdehnung als vermuthet worden war, nämlich ca. 5 Ctm. im Durchmesser, sehr geringe Höhe 1/4 Ctm. und war von ziemlich runder Gestalt. Bei der Excision der Geschwulst zeigte es sich, dass an der Innenfläche derselben ein ca. 3 Ctm. im Durchmesser betragendes Stück Peritonaeum fest adhärirte. Man sah darunter das Netz, konnte jedoch mit dem eingeführten Finger in die Abdominalhöhle nicht gelangen. Wahrscheinlich bestanden unten Adhäsionen des Netzes mit dem pariétalen Peritonealblatt. Darmschlingen prolabirten, da das Netz darüber lag, natürlich nicht. Höchst auffallend war nun, dass an einer andern Stelle, als der an welcher das Lipom dem Peritonaeum aufsass einer Stelle die auch ca. 3 Ctm. im Durchmesser hatte und an der *keine* Verletzung des Bauchfells vorgekommen war, jetzt aus einer linsengrossen Oeffnung im Peritonaeum ein kleines Netzstück prolabirte, welche Oeffnung sich nach oben ca. 1 1/2 Ctm. von der ersten Peritoneallücke befand. Die Netzpartie wurde mit zwei Ligaturen abgebunden und abgetragen und hierauf das Peritonaeum mit Catgut zugenäht, ebenso darüber die Fascie und zuletzt die Haut mit Seidensuturen, nachdem vorher zwischen Peritonaeum

und Fascie ein nach unten geleiteter Drain eingeführt worden war. Patient erhielt einen antiseptischen Dauerverband und dreimal täglich 0,03 Opii pur. sowie flüssige Diät verordnet. Der erste Neuverband und Herausnahme der Seidennähte fand am 24. Februar statt. Die Wundränder waren per primam intentionem verheilt. Keine Hervorwölbung. Patient wurde zwei Wochen später mit einem Leibgurt als geheilt entlassen. Nach dieser Zeit stellte er sich jedoch noch mehrere Male vor, jedesmal von Neuem über die früheren Beschwerden klagend, in der Absicht eine Wiederaufnahme im Spitale zu erzielen, die ihm aber nicht gewährt werden konnte. Am 8. Juni suchte ich Patient, behufs Constatirung des gegenwärtigen Standes auf und fand ihn bei der Arbeit. Er klagte über Schmerzen bei grösseren Anstrengungen, schlechten Appetit, Leibschmerzen nach grösseren Mahlzeiten und Blutungen beim Stuhlgang. Da aber keine Spur von Anämie bei ihm wahrzunehmen ist, sondern vielmehr von einem guten Aussehen gesprochen werden muss, kann man sich des Verdachtes nicht erwehren, dass die Blutbeimischungen künstlich erzeugt werden. Jedenfalls sind seine gegenwärtigen Klagen übertrieben.

Fall XIII. Oschmann, Nikolaus, 39 Jahre alt, Wagenschieber von Würzburg, wurde am 6. Mai 1887 wegen einer Hernia lineae albae im Juliusspitale aufgenommen. Patient wurde früher zweimal von 8 Tage andauernden Coliken befallen, will aber sonst immer gesund gewesen sein. Vor einem Jahre rutschte er beim Wagenschieben aus, wobei sein Oberkörper nach hinten gebogen wurde und ihm

stechende Schmerzen oberhalb des Nabels verursachte, die nach ungefähr 8 Tagen verschwanden, aber bei jeder grösseren Anstrengung wiederkehrten. Sechs Wochen später bemerkte Patient an dem Schmerzpunkt eine etwa haselnussgrosse promenirende Stelle, die bei Husten sich noch vergrösserte. Bei der Untersuchung fand man zwei Finger breit oberhalb des Nabels etwas nach links eine kaum mit dem Auge wahrnehmbare 2 Ctm. lange und 1 Ctm. breite weiche Geschwulst, welche sich vollständig durch einen von oben nach unten ziehenden 3 mm breiten Spalt zum Verschwinden bringen lässt und bei Rückenlage reponirt bleibt. Der Spalt war mit dem tiefer eindringenden palpirenden Finger zu fühlen. Nachdem auf eine mehrwöchentliche Bandagenbehandlung, die nach jeder Mahlzeit eintretenden Magenschmerzen fortbestanden, ging Patient auf die ihm vorgeschlagene Operation ein. Am 18. Mai schritt Herr Hofrath *Schönborn* zur Radicaloperation. Ein in der Linea alba geführter 5 Ctm. langer Schnitt mit linksseitiger Umschneidung des Nabels legte ein flaches 1 1/2 Ctm. im Durchmesser haltendes subseröses Lipom frei, nach dessen Exstirpation sich eine 2 Ctm. lange und 1/2 Ctm. breite Bruchpforte präsentirte, aus der Netz hervorragte. Letzteres wurde reponirt, dagegen war das Omentum majus in so grossem Umfange, besonders oben und rechts mit dem parietalen Peritonaeum adhärent, dass von einer Ablösung abgesehen wurde. Eine Dünndarmschlinge kam in Sicht. Die Bruchpforte, Peritonaeum und Muskulatur, wurde mit 5 Catgutsuturen geschlossen, die Haut darüber mit Seiden-

nähten vereinigt und nachdem noch zwischen den beiden Vereinigungen ein nach unten geleiteter Drain eingeschoben, ein antiseptischer Verband angelegt. Nach der Operation hatte Patient nur über geringe Schmerzen an der Wunde zu klagen. Im Laufe des Tages trat einmal Erbrechen ein. Keine Tympanie. Am nächsten Tage Allgemeinbefinden gut. Keine peritonitische Reizung. Patient wurde am 3. Juni — 16 Tage nach der Operation — mit glattvernarbter Operationswunde als geheilt entlassen. Seine ehemaligen Beschwerden waren vollständig verschwunden. Höchst zufrieden und vergnügt kehrte er zu seiner Familie zurück. Gegenwärtig trägt er bei der Arbeit den ihm bei seiner Entlassung empfohlenen Leibgurt.

Fall XIV. Es handelte sich um eine 38 Jahre alte Frau, die sich am 13. Mai 1887 auf der chirurgischen Abtheilung des Juliushospitals wegen einer Geschwulst in der Linea alba dicht unterhalb des Nabels aufnehmen liess. Die Anamnese ergab, dass Patientin früher immer gesund war. Im Juli vorigen Jahres hatte sie das Unglück, während einer Landpartie auf einen Stein zu fallen und will seit jener Zeit an genannter Stelle das Hervortreten einer kirschgrossen Geschwulst, welche allmählig grösser wurde, wahrgenommen haben. Bei der Aufnahme hatte die Geschwulst die Grösse eines Hühnereies erreicht, verursachte aber durchaus keine Beschwerden, weder von Seiten des Magens noch des Darmes, nur die Furcht vor dem Grösserwerden der Geschwulst, bewog die Patientin sich einer Operation zu unterziehen, welche Herr Hofrath *Schönborn* am

12. Mai 1887 ausführte. Ein 8 Ctm. langer Schnitt durch Haut und Unterhautzellgewebe legte einen Bruchsack frei, welcher eröffnet wurde. In demselben befand sich lediglich Netz, das an einzelnen Stellen der Bruchpforte leicht adhärent war. Nachdem das Netz sorgfältig gelöst, wurde dasselbe nach Ligatur der gefässhaltigen Stränge mitsammt dem Bruchsack exstirpirt. Dann folgte die Verschliessung der Bruchpforte wie in dem vorhergehenden Falle. Die Verheilung der Wundränder erfolgte per primam intentionem mit schöner glatter Narbe. Patientin wurde am 4. Juni mit einem Leibgurt als geheilt entlassen.

Zum Schlusse erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Professor Dr. *Schönborn* für das mir gütigst zugewiesene Thema und für die bereitwilligst überlassenen Fälle meinen besten Dank auszusprechen.